ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

EXTRAIT

G. MASSON, Éditeur
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

SUR UNE SARCOMATOSE CUTANÉE
OFFRANT LES CARACTÈRES CLINIQUES
D'UNE LYMPHANGITE INFECTIEUSE

Par **H. Hallopeau** et **E. Jeanselme** (1).

Les sarcomes multiples de la peau, dans les diverses formes qui ont été décrites, envahissent le plus souvent la surface tégumentaire sans offrir de distribution régulière.

Nous nous proposons d'établir qu'il existe une variété de sarcomatose dans laquelle les nodules néoplasiques peuvent, pendant un temps fort long, rester localisés à l'un des membres, n'intéresser que les voies lymphatiques, s'ulcérer et présenter un ensemble symptomatique très analogue à celui de la lymphangite tuberculeuse nodulaire.

L'observation suivante en fait foi :

Le malade est un homme âgé de 33 ans, qui a été, pendant plusieurs années, marchand des quatre saisons, puis conducteur d'omnibus.

Il est entré le 12 octobre 1891 à l'hôpital Saint-Louis, et depuis 10 mois qu'il est soumis à notre observation, nous avons pu suivre toutes les phases de l'affection dont il est atteint.

A.— Depuis 20 ans, ce malade porte un durillon à la face palmaire de la main gauche. Cette petite callosité, tout à fait indolente pendant de longues années, devint très douloureuse à la pression, il y a 5 ans, et, quelque temps après, s'ulcéra. Des pansements à l'acide borique amenèrent une cicatrisation presque complète de la plaie dans l'espace de 2 mois. Mais quand le malade reprit son travail, l'ulcération reparut. Au bout de quelques mois, un ganglion était constaté à la face interne du bras, au-dessus de l'épitrochlée, et un autre plus volumineux occupait le creux axillaire. Depuis lors, de nombreux nodules sous-cutanés se sont développés sur toute l'étendue du membre supérieur.

B.— Voici, d'après M. Barrier, interne des hôpitaux, quelle était la situation du malade en septembre 1889, dix-huit mois après l'ulcération du durillon palmaire.

Au niveau du pli d'opposition du pouce gauche, existe une ulcération longue de 2 à 3 centim., large d'un 1/2 centim., dont les bords sont irréguliers et font relief. A la partie supérieure de cette perte de substance,

(1) Communication faite au deuxième congrès international de dermatologie et de syphiligraphie, et complétée, dans la séance du 10 novembre 1892 de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie.

une bride de tissu sain sépare l'ulcération en deux parties distinctes. Dans la partie supérieure, on remarque un lobule de la grosseur d'une lentille, d'aspect lisse et violacé, et dans son voisinage, une anfractuosité d'où l'on fait sourdre un peu de sanie fétide. Dans la partie inférieure de l'ulcération, on note également un lobule semblable à un bourgeon charnu revêtu d'un amas corné. Au-dessous de ce lobule, commence une fissure qui suit le pli de flexion du pouce et l'intéresse dans la majeure partie de sa longueur.

A la face antérieure de l'avant-bras, on compte sept petites saillies nodulaires du volume d'un grain de millet à celui d'un pois. Ces nodules siègent dans l'hypoderme, ils sont mobiles, sans adhérence à la peau, sauf au niveau du pli du coude où il y a un commencement de fusion entre l'une des saillies sous-cutanées et la face profonde de la peau. En certains points, le doigt peut suivre la traînée lymphangitique sous-dermique qui relie entre eux les différents nodules.

Au bras, à deux travers de doigt au-dessus de l'épitrochlée, on remarque un nodule de la grosseur d'un pois inclus dans la peau. A trois travers de doigt au-dessus, la palpation fait reconnaître un ganglion qui s'abrite sous le bord interne du biceps.

Un peu plus haut, le doigt rencontre deux saillies superficielles qui donnent l'impression de grains de plomb, la peau glisse facilement à leur surface.

Contre la paroi interne de l'aisselle est accolé un ganglion immobilisé dans une zone d'empâtement.

C. — Voici la note qui fut recueillie lors de l'entrée du malade à l'hôpital St-Louis, le 12 octobre 1891.

L'ulcération palmaire située dans le pli d'opposition du pouce a 6 cent. en longueur sur 3 au plus en largeur. Ses bords sont taillés à pic et décollés, son fond inégal et mamelonné sécrète une sanie très fétide et repose sur une base indurée. Trois ou quatre nodules sous-cutanés, siégeant au-dessus de la saignée du bras, se sont fusionnés, puis transformés en une masse fluctuante qui s'est ouverte spontanément il y a un an et a donné issue à un liquide louche. Un trajet fistuleux persista longtemps, puis son orifice s'élargit et donna naissance à l'ulcération qu'on observe actuellement. C'est une perte de substance irrégulière, de la grandeur d'une pièce d'un sou, à bords sinueux, nettement coupés et décollés, à fond vermeil rendu très irrégulier par de nombreux bourgeons charnus. Cette ulcération repose sur une plaque d'induration ligneuse à laquelle sont accolés plusieurs nodules sous-cutanés. A quatre centimètres au-dessous de cette ulcération, sur la ligne médiane de l'avant-bras, on remarque une ulcération ovalaire, du diamètre d'une pièce de cinquante centimes, à bords taillés à pic, à fond jaune constitué par un bourbillon, ce qui donne à cette perte de substance l'aspect d'une gomme syphilitique. Le fond de l'ulcère repose sur une grosse masse de nodules, du volume d'un noyau de cerise ou d'une noisette, fusionnés ensemble.

A côté de ces lésions en activité, il existe un processus de réparation plus ou moins évident. A la partie inféro-interne du bras gauche, on remarque une plaque cicatricielle violacée, située sur une base indurée, et

entourée de nodules sous-cutanés. Cette plaque n'est pas entièrement guérie, il existe encore au centre une ulcération minime.

Vers le milieu de la hauteur de l'avant-bras, sur la ligne médiane, on observe une plaque très dure, recouverte d'une mosaïque cornée. Il n'y a jamais eu d'ulcération à ce niveau.

Cette plaque offre, au dire du malade, un aspect identique à celui de la callosité palmaire qui paraît avoir été le point de départ de tous les accidents.

Outre ces lésions, le palper fait reconnaître des nodules de la grosseur d'un noyau de cerise ou d'une noisette. Quelques-uns sont disposés en série linéaire au-dessus de l'ulcération palmaire initiale. De l'apophyse styloïde du radius, sur le bord externe de l'avant-bras, se détache une traînée de sept nodules qui aboutissent, en se portant obliquement en haut et en avant, à l'ulcération située au-dessous de l'avant-bras et tapissée d'un bourbillon.

Au-dessus de cette ulcération la traînée nodulaire recommence, elle se dirige en dedans et se cache sous le bord interne du biceps ; pendant son trajet brachial, la traînée est représentée par cinq à six nodules, fermes, reliés par une corde indurée, ce qui donne à l'ensemble une disposition moniliforme.

A l'exception de deux nodules erratiques qui occupent la face antérieure de l'avant-bras, tous les autres sont manifestement en connexion avec les voies lymphatiques.

Les ganglions axillaires sont volumineux et font corps avec la paroi costale. Les ganglions sus-claviculaires et cervicaux ne paraissent pas intéressés.

Toutes les ulcérations saignent au moindre contact. Elles exhalent une odeur d'une fétidité extrême, semblable à celle que répandent certains cancers.

Les douleurs spontanées sont très modérées, le malade ne ressent que quelques élancements légers dans les doigts ; mais la pression au niveau de la main et de l'avant-bras réveille des douleurs assez vives.

L'état général est excellent. L'examen du sang montre que le nombre des globules blancs est normal.

D. — Pendant le séjour du malade à l'hôpital Saint-Louis, des bains de bras antiseptiques à l'acide phénique et au sublimé furent prescrits pour faire disparaître la sanie extrêmement fétide qui recouvrait les ulcérations. On eut également recours, à deux reprises, au grattage des ulcérations et à leur cautérisation au fer rouge. Mais ces opérations furent partielles et incomplètes, elles n'amenèrent aucune amélioration, les lésions progressèrent, au contraire, d'une manière inquiétante, et à la fin du mois de juillet de l'année 1892, l'état était le suivant :

L'ulcération palmaire initiale a pris une très grande extension. Elle remonte le long du pli d'opposition du pouce et laboure la racine de l'éminence thénar. La paume de la main, dans toute son étendue, est infiltrée sans qu'on puisse y reconnaître des nodules distincts. L'index, depuis sa racine jusqu'à l'extrémité libre, est volumineux, la peau qui le recouvre est sclérosée. Les faces palmaire et externe de ce doigt sont le siège d'une

vaste ulcération qui se continue supérieurement avec l'ulcération de la paume de la main et qui est subdivisée en plusieurs départements par des bandes de tissu sain, ou du moins, non ulcéré.

Le dos de la main est également induré. Au voisinage de son bord interne sont groupés cinq ou six petites saillies d'un violet foncé. Plusieurs d'entre elles portent à leur sommet une ulcération en voie de formation. Quand elles se sont rompues, elles ont donné beaucoup de sang et plusieurs petites tumeurs violacées du voisinage se sont affaissées, ou même déprimées en godet depuis l'hémorrhagie.

A l'avant-bras, les faces interne et externe sont saines. La face postérieure présente au-dessous du poignet un trajet fistuleux en partie comblé par un gros bourgeon charnu, c'est le vestige d'un nodule, transformé en poche sanguine, qui a été incisé. Le milieu de l'avant-bras est occupé par une grosse tumeur hémisphérique, fluctuante, violacée et sillonnée de gros cordons veineux dilatés. La face palmaire de l'avant-bras présente une induration dermique et sous-dermique en nappe. Celle-ci n'est pas uniforme, elle est constituée par la coalescence, la fusion incomplète de nodules de volume et de consistance variables, suivant leur âge. On remarque en outre sur cette face palmaire des cicatrices violâtres, enfoncées en forme de godet à leur centre. Au bras, l'infiltration remonte jusqu'à mi-hauteur. Sur cette plaque sont parsemés des nodules à différentes phases de leur évolution, des ulcérations saignant au moindre contact, et des cicatrices qui se déchirent avec la plus grande facilité. Au-dessus de la partie moyenne, la peau du bras redevient souple, on n'y constate que deux nodules le long du bord interne du biceps. Sur les masses ganglionnaires situées dans le creux de l'aisselle, on remarque deux cicatrices froncées et une fistule en cul de poule, d'où émergent de gros bourgeons et d'où suinte continuellement du sang en assez grande abondance pour traverser le pansement de part en part.

L'état général du malade s'est maintenu assez bon pendant plusieurs mois malgré l'existence de plusieurs érysipèles intercurrents, et malgré des hémoptysies légères qui survinrent à diverses reprises. Mais les hémorrhagies répétées et presque quotidiennes qui se faisaient à la surface des ulcérations, finirent par affaiblir le malade, et, sur ses instances, une intervention chirurgicale fut décidée.

M. le D[r] Marchand, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, considérant qu'une opération radicale était impossible, s'appliqua à faire disparaître toutes les sources d'hémorrhagie et toutes les excavations anfractueuses dans lesquelles des matières septiques étaient accumulées.

Les trois premiers doigts de la main gauche, leurs métacarpiens et la partie correspondante du carpe furent réséqués. Toutes les ulcérations furent grattées avec la curette. L'opération, dont les suites furent très simples, eut ce résultat avantageux de supprimer toute suppuration et toute fétidité. A partir de cette époque, les surfaces sécrétantes ne furent plus baignées que par un liquide limpide, presque incolore ou teinté de sang, n'exhalant aucune odeur. Mais l'induration diffuse, les nodules et les ulcérations ne continuèrent pas moins à progresser.

En résumé, chez un homme jeune et vigoureux, un durillon pal-

maire, qui existait depuis de longues années, s'ulcère sans cause appréciable, il y a cinq ans, et devient l'origine de nodosités disposées pour la plupart sur le trajet des voies lymphatiques. Nous avons pu suivre le développement de plusieurs nodules depuis leur apparition jusqu'à leur terminaison. Chacun s'est comporté de la façon suivante. La nodosité consiste d'abord en une petite masse *sous-cutanée*, très mobile, glissant comme un ganglion sous la peau saine. Plus tard, ce nodule grossit, adhère à la peau et devient fluctuant. Le derme à ce niveau s'amincit et prend une coloration violacée, ce qui tient à ce que le contenu de la petite collection est sanguinolent. Certaines de ces tumeurs sont réductibles et communiquent largement avec des nodules voisins qui se gonflent pendant tout le temps qu'on maintient la compression sur l'une d'elles.

Ces tumeurs sanguines peuvent acquérir un volume assez considérable et même égaler les dimensions d'une grosse noix. Tôt ou tard, la peau, amincie par une résorption qui se fait de la profondeur vers la superficie, finit par céder, et de la fissure s'échappe un liquide très fortement teinté par du sang, ou même du sang pur.

L'orifice de la poche reste fistuleux et s'élargit. Une ulcération à ciel ouvert lui succède ; son fond repose sur une plaque indurée, parfois très étendue et intéressant à la fois le derme et l'hypoderme. Ses bords sinueux et décollés, sa surface inégale et mamelonnée, vermeille ou tapissée d'un bourbillon, saigne au moindre contact. Ce suintement sanguin est l'un des caractères les plus importants et les plus constants de ces ulcérations, il entraîne à la longue un état d'anémie prononcé. Lorsque ces ulcérations sont traitées antiseptiquement, la sanie fétide dont elles sont recouvertes disparaît, elles ne sécrètent plus qu'un liquide limpide presque incolore et sans aucune odeur.

Cette période ulcéreuse peut persister indéfiniment, elle peut aussi se terminer par une guérison plus ou moins durable.

La place des ulcérations guéries est marquée par une cicatrice violacée, déprimée en godet.

Presque toujours la réparation n'est que partielle et précaire, la cicatrice se détruit souvent spontanément, elle n'est jamais durable ; l'induration ligneuse persiste au-dessous des cicatrices.

A un stade avancé, une infiltration diffuse en nappe s'étend sur tout le membre malade, comme dans la sarcomatose pigmentaire du professeur Kaposi, et masque les nodules néoplasiques, qu'on a quelque peine à délimiter par le palper.

La variété de sarcomatose que nous décrivons peut simuler plusieurs autres affections.

Des nodules indolents qui se développent successivement sur le trajet des lymphatiques, qui se ramollissent et plus tard font place à des ulcérations persistantes, voilà tout un ensemble de symptômes

qui éveillent immédiatement l'idée d'une lymphangite tuberculeuse. Toutefois, l'affection qui nous occupe présente certains caractères qui lui appartiennent en propre, tels sont, par exemple, la *transformation des nodosités en poches sanguines* et la *fréquence des hémorrhagies* qui se font à la surface des ulcérations. Jamais les gommes tuberculeuses ne se comportent ainsi. Aussi avons-nous eu recours à l'expérimentation pour décider s'il s'agissait d'une manifestation tuberculeuse. Dix cobayes ont été inoculés, soit avec le pus suintant des ulcérations, soit avec des fragments de nodules à divers degrés de leur évolution. Deux cobayes inoculés avec du pus sont morts d'infection pyocyanique. Un cobaye qui avait reçu dans le péritoine 3 c. c. de sang, extrait avec une seringue stérilisée d'un nodule transformé en poche sanguine, n'a présenté aucun symptôme morbide. Des fragments volumineux recueillis pendant les deux séances de grattage, ont été insérés, soit dans le péritoine soit dans le tissu cellulaire d'un pli de l'aine, et maintenus à l'aide de suture au crin de Florence. Peu à peu, les fragments situés sous la peau se sont résorbés sans laisser de vestiges. Les animaux sont restés vigoureux, n'ont pas maigri et n'ont pas présenté d'adénopathies. Quatre de ces animaux, sacrifiés de trois à six mois après l'inoculation, n'offraient aucune trace de tuberculose. Trois animaux sont encore vivants et très vigoureux. Il est donc bien certain, après ces résultats négatifs, que la tuberculose ne peut pas être mise en cause.

Il ne peut pas non plus être question d'un cas de farcinose chronique. Trois des animaux qui ont été inoculés dans le péritoine étaient des cobayes mâles, aucun n'a présenté la vaginalite caséo-suppurée si caractéristique qui survient constamment à la suite de l'injection intra-péritonéale d'un produit morveux.

L'actinomycose peut, à titre exceptionnel, avoir pour siège initia un membre. Elle se traduit ordinairement par des collections à contenu variable qui se développent au milieu de masses indurées, circonscrites ou diffuses. Elle rappelle donc par quelques-uns de ces caractères l'affection qui nous occupe. Mais malgré de nombreuses et patientes dissociations, nous n'avons jamais pu distinguer de grains d'actinomycètes dans le sang ou le pus des nodules et des ulcérations.

L'examen microscopique répété maintes fois a toujours été négatif, l'hypothèse d'une lésion relevant de l'actinomycète est donc à rejeter.

Notre malade paraît avoir eu, il y a huit ans, un chancre et peu après des plaques muqueuses. Nous avons donc, à tout hasard, institué un traitement mixte énergique. Mais le malade n'en a retiré aucun bénéfice, ce qui permet d'éliminer également la syphilis.

Étude histologique et bactériologique. Lors de l'entrée du malade à Saint-Louis, les ulcérations étaient recouvertes d'une sanie extrêmement fétide. Nous avons séparé de cette sanie, par les cultures,

plusieurs variétés de bacilles qui toutes, sauf le pyocyanique, étaient inoffensives pour le cobaye. D'ailleurs ces différentes espèces microbiennes végétaient à la surface des ulcérations, à l'état d'épiphytes ; toutes les cultures tentées avec le suc recueilli dans l'intimité du tissu morbide sont demeurées stériles.

Les coupes colorées par les divers procédés usuels n'ont jamais décelé la présence de microbes dans l'intérieur des nodosités.

Les applications et les bains antiseptiques, les grattages et l'amputation partielle, firent disparaître la fétidité et la suppuration, phénomènes d'emprunt, mais ils n'arrêtèrent pas l'évolution des nodosités. Pour tous ces motifs, il ne nous semble pas possible d'attribuer aux microbes banals trouvés à la surface des ulcérations un rôle actif dans la genèse des accidents.

Nous avons eu l'occasion de faire l'examen histologique de plusieurs nodules d'âge différent, et de suivre l'évolution du processus depuis son origine jusqu'à sa phase ultime.

Nous étudierons successivement : *a*) les lésions constatées dans un nodule sous-cutané encore récent ; *b*) les lésions observées dans la peau, quand celle-ci est envahie dans toute son épaisseur, et la transformation des nodules en poches sanguines ; *c*) les altérations des ganglions lymphatiques.

a) *Examen d'un nodule sous-cutané adhérent à la face profonde du derme.*

Toutes les couches de l'épiderme sont normales. Les bourgeons interpapillaires ne sont pas hypertrophiés. Les papilles ont leur dimensions habituelles. Suivant leur axe, on observe à peu près constamment des traînées verticales de jeunes cellules. Ces traînées linéaires aboutissent à d'autres traînées de cellules identiques, mais plus volumineuses, à disposition générale horizontale, bifurquées ou étoilées, siégeant dans la partie superficielle du derme. Ces diverses traînées sont évidemment des manchons disposés autour du système vasculaire. Ce qui le démontre, c'est qu'une cavité peut être constatée suivant l'axe de la traînée en qnelques points ; en d'autres plus nombreux, le manchon cellulaire présente à une de ses extrémités ou en son milieu un orifice vasculaire très net.

Tantôt le vaisseau paraît être une veine ou un capillaire, tantôt c'est une figure étoilée, sans paroi propre, qui représente sans doute un espace lymphatique.

A partir de la couche superficielle, à mesure qu'on examine des couches dermiques de plus en plus profondes, les altérations deviennent de plus en plus prononcées. Ces altérations consistent, dans la portion moyenne du derme, en une dissociation des faisceaux fibreux qui sont écartés les uns des autres par des travées cellulaires. Suivant l'incidence des faisceaux qui constituent le feutrage du derme

les amas de cellules intercalaires se présentent comme des rubans longitudinaux ou comme des figures étoilées. Ces amas de cellules néoformées sont très abondants au voisinage des glandes sébacées, sans doute à cause de la richesse vasculaire de ces appareils. Dans la partie inférieure du derme et dans l'hypoderme les cellules forment une couche presque continue, sillonnée par quelques rares rubans d'un rose clair représentant les faisceaux fibreux écartés par d'innombrables cellules interposées. Les fibres élastiques sont partout conservées, même dans les régions les plus altérées.

Les cellules qui constituent le tissu morbide n'ont pas partout la même configuration. Celles qui siègent dans les papilles et dans les régions superficielles du derme, c'est-à-dire dans les parties envahies en dernier lieu, sont plus petites que celles qui occupent les couches profondes, elles sont arrondies, presque réduites à leur noyau, fortement colorées et méritent le nom de cellules embryonnaires ; pourtant au milieu de celles-ci, on observe un certain nombre d'éléments plus volumineux, allongés, fusiformes ou ressemblant à des cellules pavimenteuses. Dans les parties moyennes et inférieures du derme les cellules les plus anciennes changent peu à peu de caractères : elles sont beaucoup plus volumineuses, leur noyau se colore encore assez bien, mais leur protoplasma est à peine teinté en jaune par le picrocarmin.

Ces cellules pavimenteuses, polygonales, serrées les unes contre les autres dans les mailles du derme, simulent au premier abord des cellules cancéreuses enfermées dans leurs alvéoles. Les bords des cellules ne présentent jamais de crénelage. Les coupes traitées par le pinceau ne contenaient pas de tissu réticulé. La même description est applicable à plusieurs coupes prises dans divers points du membre malade.

b) *Examen d'un nodule avec envahissement consécutif de la peau dans toute son épaisseur. Transformation d'un nodule plein en géode sanguine.*

Dans toutes les coupes, même dans celles qui passent au niveau de points où la peau est ulcérée de part en part, il est facile de reconnaître que les parties superficielles ont été prises les dernières. Le point le plus important à relever, c'est l'état des vaisseaux. Dans les régions du derme situées à la limite de la zone d'envahissement, on observe d'énormes ectasies veineuses et capillaires gorgées de sang. On y reconnaît aussi des figures spéciales qui ressemblent au premier abord à des cellules géantes. Elles sont rondes ou ovalaires ; sur le fond jaune pâle, mal coloré, se détachent de nombreuses cellules arrondies ou pavimenteuses, identiques à celles qui forment le tissu morbide. Ces figures sont limitées par une membrane très nette. Il est fort probable qu'il s'agit de bourgeons néoplasiques qui ont obli-

téré des vaisseaux veineux. En quelques points, on peut saisir ce travail en voie de formation, le vaisseau n'est qu'en partie comblé par un bourgeon néoplasique qui fait saillie dans sa cavité, la portion du vaisseau resté perméable contient du sang. Ces oblitérations vasculaires, très nombreuses en certaines régions, sont vraisemblablement l'origine des foyers de nécrobiose qui sont disséminés dans le tissu néoplasique. Au voisinage de ces amas cellulaires en dégénérescence, les éléments deviennent insensiblement de plus en plus pâles, les corps cellulaires sont indistincts, les noyaux ne fixent plus le carmin. Si l'on examine des points où la dégénérescence est plus avancée, on ne trouve plus que des cellules fragmentées qui remplissent incomplètement une cavité plus ou moins considérable, déchiquetée et farcie de sang. Cette hémorrhagie interstitielle a pour origine les capillaires et les veines non oblitérés. Beaucoup de vaisseaux en effet restent perméables, ils constituent des sinus plongés dans le tissu morbide qui a envahi et transformé leurs parois.

c). *Examen d'un ganglion lymphatique altéré.* — Cet examen a porté sur le ganglion épitrochléen. Le cinquième de son volume est occupé par un amas de cellules mal colorées, identiques à celles qui existent dans la couche profonde des coupes ci-dessus décrites. Cette portion tranche nettement sur le reste du ganglion constitué par de petites cellules lymphatiques fortement colorées. Un tiers environ de ce même ganglion est occupé par une cavité irrégulièrement quadrilatère, bordée par une paroi très épaisse qui est formée de cellules identiques à celles qu'on observe dans le noyau intra-ganglionnaire. Il est difficile de dire s'il s'agit d'un vaisseau considérablement ectasié à la suite de l'infiltration de ses parois par le tissu morbide, ou bien s'il faut considérer cette cavité comme une géode sanguine en miniature. Au milieu des petites cellules lymphatiques normales du ganglion, dans les points qui paraissent sains au premier abord, on observe, disséminées çà et là, des cellules volumineuses contenant trois à cinq noyaux, et des cellules à un seul noyau ayant déjà l'aspect pavimenteux ; c'est probablement là le premier indice qui annonce l'envahissement.

Le tissu morbide est donc constitué par des éléments qui au début méritent le nom de cellules embryonnaires. Plus tard ces cellules deviennent volumineuses, pavimenteuses, se colorent moins bien, puis, sans doute sous l'influence de l'oblitération des vaisseaux par des bourgeons néoplasiques, les cellules se nécrobiosent, se désagrègent, se fragmentent, et forment un magma indistinct. Les vaisseaux dont la paroi a été envahie par le tissu néoplasique forment des sinus énormes ; tôt ou tard ceux-ci se rompent et se déversent dans le foyer dégénéré qui est ainsi transformé en un kyste sanguin.

Depuis la rédaction de ce travail le malade a succombé à une pleurésie purulente à streptocoques, le 10 octobre 1890 (1). L'autopsie a confirmé le diagnostic de sarcomes.

Autopsie. — Dans la plèvre droite, on constate la présence de deux litres de sérosité purulente contenant très peu de fausses membranes fibrineuses : La cavité pleurale n'est pas cloisonnée ; le poumon droit tout entier est revenu sur lui-même ; il n'adhérait pas au diaphragme.

Dans la plèvre gauche, il existe quelques adhérences fibreuses anciennes, surtout au niveau du diaphragme. La séreuse de ce côté ne contient que quelques cuillerées de sérosité sanguinolente. Sur la paroi costale, dans le tissu cellulaire sous-pleural, sont disséminées une trentaine de petites tumeurs mobiles, fermes, d'un blanc rosé, ayant le volume et la forme d'une lentille ou d'un haricot. Ces tumeurs sont agglomérées en grand nombre sur le point de la face interne de la paroi costale qui correspond au paquet des ganglions axillaires qui sont intimement soudés à la face externe de cette paroi. On remarque un groupe aussi considérable au niveau de la plèvre diaphragmatique. Quelques tumeurs sont situées sous la plèvre viscérale ; la plupart adhèrent lâchement au parenchyme pulmonaire qu'elles refoulent. Mais quelques-unes plus volumineuses sont fusionnées avec le tissu pulmonaire. Certaines sont creusées au centre d'une petite cavité remplie de sang et parfois cette cavité communique avec les dernières ramifications bronchiques. C'est ce qui explique les petites hémoptysies que le malade a présentées à plusieurs reprises. Tous les nodules sont sous-pleuraux, il n'en existe aucun dans la profondeur du poumon. Il n'y a pas de nodosité sous la plèvre droite, Pas de tuberculose pulmonaire. Les ganglions bronchiques paraissent sains.

Le péricarde contient un peu de sérosité louche ; le cœur ne présente rien d'anormal.

Le foie est volumineux et pâle. il paraît gras. La rate est de volume normal.

A la surface de l'un des reins, quatre nodules font saillie. Leur volume varie d'un grain de chènevis à celui d'un pois ; ils sont fermes, d'un blanc rosé. L'un d'eux est entouré d'une zone ecchymotique d'un noir ardoisé. Il n'y a jamais eu d'hématurie.

Nous avons fait l'étude histologique de plusieurs des nodules secondaires.

a. — *Examen d'un nodule sarcomateux libre d'adhérences, situé sous la plèvre costale.*

Ce nodule, qui a la forme et le volume d'une lentille, est constitué presque en totalité par des cellules. Ces éléments sont fusiformes, polygonaux ou irrégulièrement arrondis. Ils contiennent un et souvent plusieurs gros noyaux qui se colorent très vivement par l'hématoxyline et le picro-carmin. Sur le fond se détachent quelques faisceaux fibreux dans lesquels on remarque beaucoup de cellules jeunes. Les vaisseaux sanguins sont nom-

(1) Le malade a présenté quatre poussées érysipélateuses ; depuis la première, survenue au commencement de l'année 1892, nous avons constaté la présence du streptocoque à l'état permanent à la surface des ulcérations.

breux et dilatés ; ils n'ont pas de paroi propre, leur endothélium repose sur un ou deux rangs de cellules fusiformes disposées transversalement par rapport à l'axe du vaisseau. Il est fréquent d'observer dans le voisinage des blocs arrondis d'un brun fauve qui paraissent constitués par du pigment hématique à l'état libre. Dans certains points, les cellules sarcomateuses sont écartées et dissociées par des hématies nombreuses. Cette infiltration sanguine est le premier degré de la lésion qui aboutit à la formation de géodes.

b. — *Examen d'un nodule sarcomateux sous-pleural adhérent au poumon.*

Ce nodule présente la même constitution que le précédent. Il semble s'être développé à la surface ou dans les couches superficielles de la séreuse. Sa base repose sur un réseau élastique très riche qui se continue au delà des limites de la néoplasie avec celui de la plèvre. Au-dessous de celle-ci, dans une certaine épaisseur, le tissu sarcomateux s'est substitué au parenchyme pulmonaire qui a complètement disparu. L'infiltration sarcomateuse ne se termine pas nettement, elle suit les espaces conjonctifs du poumon et s'étend ainsi à une distance assez considérable. Ce tissu sarcomateux sous-pleural paraît plus jeune que celui qui est situé au-dessus de la séreuse. Certains vaisseaux sont entourés d'en manchon de cellules embryonnaires ; dans l'un d'eux, il existe un bourgeon néoplasique qui rétrécit considérablement son calibre. Tout le tissu sarcomateux sous-pleural est parsemé de particules charbonneuses.

c. — *Examen de deux nodules sarcomateux situés à la surface du rein.*

Dans celui qui paraît le plus récent, on constate que la néoplasie a débuté dans les couches profondes de la capsule fibreuse du rein. Vers le centre le tissu normal a entièrement disparu et est remplacé par du tissu sarcomateux analogue à celui que nous venons de décrire. A la périphérie, l'infiltration néoplasique s'étend très loin, sur des points qui semblaient normaux à l'œil nu.

Dans le noyau qui paraît plus âgé, le centre est infiltré d'hématies et nécrobiosé ; il plonge comme un coin dans le tissu rénal dont on ne reconnaît les limites qu'à la présence de quelques tubes contournés encore sains. A mesure qu'on s'avance vers la périphérie du nodule, les tubes contournés deviennent de plus en plus nombreux ; ils sont seulement dissociés par des traînées de tissu sarcomateux qui descendent plus ou moins bas dansle parenchyme rénal. La partie centrale du nodule est très friable, elle disparaît sur la plupart des coupes, pendant les manipulations.

En résumé, dans les nodules secondaires comme au niveau des nodules cutanés, le tissu néoplasique est constitué par des cellules fusiformes ou polygonales. Les vaisseaux sont très friables, donnent lieu à des hémorrhagies interstitielles ou sont obturés par des bourgeons sarcomateux.

CONCLUSIONS

1° Des tumeurs sarcomateuses peuvent rester pendant plusieurs années limitées à un membre. Elles se propagent suivant le trajet des

lymphatiques et envahissent les ganglions qui semblent faire obstacle pendant un certain temps à leur dissémination.

2° Ces tumeurs deviennent le siège d'ulcérations qui peuvent persister où être suivies de cicatrisation en général partielle et non durable.

3° Elles offrent dans leur mode de distribution, leurs caractères et leur évolution une grande analogie avec la lymphangite tuberculeuse nodulaire, mais elles s'en distinguent par les hémorrhagies incessantes qui se produisent, soit dans l'intimité du tissu néoplasique, soit à l'extérieur après l'ulcération.

4° Des hémoptysics survenant dans le cours de la maladie sont en faveur du diagnostic d'une sarcomatose étendue au poumon, si l'expectoration ne contient que des bacilles de Koch.

5° L'étude histologique nous montre quelles sont les causes des hémorrhagies. Des bourgeons néoplasiques oblitèrent un grand nombre de capillaires et de veines. Ces troubles circulatoires ont pour conséquence la formation dans le tissu morbide de foyers de dégénérescence au sein desquels se produisent des hémorrhagies secondaires.

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

TROISIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

ERNEST BESNIER
Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de médecine.

BROCQ
Médecin des Hôpitaux.

A. DOYON
Médecin inspecteur des eaux d'Uriage,
Correspondant de l'Académie de médecine.

A. FOURNIER
Professeur à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

P. HORTELOUP
Chirurgien des Hôpitaux.

E. VIDAL
Médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de médecine.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

ARNOZAN, AUBERT, AUGAGNEUR, BALZER, BARTHÉLEMY, BROUSSE
CORDIER, J. DARIER, DIDAY, W. DUBREUILH, DU CASTEL
GAILLETON, GAUCHER, GÉMY, HALLOPEAU, HARDY, HORAND, HUDELO, JACQUET
JEANSELME, L. JULLIEN, H. LELOIR, L. LEPILEUR, A. MATHIEU, CHARLES MAURIAC
MERKLEN, MOREL-LAVALLÉE, M. NICOLLE, L. PERRIN, PIGNOT, PORTALIER, QUINQUAUD
PAUL RAYMOND, ALEX. RENAULT, J. RENAUT
P. SPILLMANN, G. THIBIERGE, TENNESON, VERCHÈRE, LOUIS WICKHAM

Secrétaire de la Rédaction :

Dr HENRI FEULARD
Ancien Chef de Clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

Paris, 30 francs. — Départements et Union postale, 32 francs.

Paris. — Imprimerie L. Maretheux, 1, rue Cassette. — 159.